

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1912

THÈSE

N° 88

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'ARSÉNO-BENZOL

dans les Affections Syphilitiques
de la Spécialité

Oto-Rhino-Laryngologique

PAR

Charles ZERMATI

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Président : MONSIEUR LETULLE, PROFESSEUR

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t) — PARIS

1912

88

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'ARSÉNO-BENZOL

dans les Affections Syphilitiques
de la Spécialité

Oto-Rhino Laryngologique

PAR

Charles ZERMATI

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Président : MONSIEUR LETULLE, PROFESSEUR

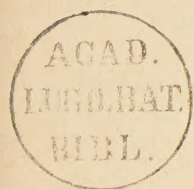
PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t) - PARIS

1912



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
Clinique médicale.	{ CHAUFFARD
	{ DEBOVE
	{ GILBERT
	{ LANDOUZY
Maladies des enfants.	{ HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	{ GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	{ DEJERINE
	{ PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ X...
Clinique ophtalmologique.	{ DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	{ LEGUEU
	{ BAR
Clinique d'accouchements	{ PINARD
	{ RIBEMONT DES-
	{ SAIGNE
Clinique gynécologique.	{ POZZI
Clinique chirurgicale infantile	{ KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	{ A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BALTHAZARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BRANCA	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA ANDRÉ	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE MARCEL	MULON	SICARD
CARNOT	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	TINE.	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BOUGICAUT

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Chevalier de la Légion d'Honneur

*(Qui m'a fait le très grand honneur
de vouloir bien accepter la présidence de cette thèse)*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR SÉBILEAU,

PROFESSEUR AGRÉGÉ À LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHARGÉ DE COURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

A L'HÔPITAL LARIBOSIÈRE

A MES MAITRES DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE.

OPHTALMOLOGISTE DE L'HOTEL-DIEU

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEBILEAU

CHEF DU SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE A LARIBOISIÈRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BONNAIRE.

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GOSSET.

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNIN.

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMAITRE.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR GRIVOT.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFFOLIAU.

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR HALBRON

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MESSIEURS LES DOCTEURS HALPHEN et JUIN,
ASSISTANTS DU SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
DE LARIBOISIÈRE

INTRODUCTION

L'arséno-benzol, acquisition récente, est un médicament à la mode.

M. CASTAIGNE dans sa chronique du *Journal Médical Français* du 15 octobre 1911, après avoir fait ressortir qu'il avait traversé une première période où il ne put être utilisé que par un nombre restreint de praticiens, une seconde période où, mieux connue, et plus à la portée des médecins il eut ses défenseurs et ses détracteurs systématiques, disait de lui :

« Nous sommes arrivés aujourd'hui à un troisième stade que l'on pourrait appeler période de critique équilibrée, en ce sens que, d'une part, les adversaires du début se sont inclinés devant certains résultats thérapeutiques indéniables, que l'on obtient par l'emploi du « 606 » et qu'aussi, d'autre part, les partisans outranciers du nouveau médicament sont bien obligés de reconnaître que la thérapeutique d'Ehrlich peut avoir ses dangers et qu'elle n'est pas susceptible de remplacer toutes les autres médications déjà existantes. »

Dans ce dernier ordre de faits, l'atteinte à la suite de de cette médication, des nerfs crâniens et en particulier du nerf auditif, a donné lieu à des publications nombreuses et à des controverses qu'il nous sera donné d'étudier dans ce travail.

Nous nous sommes intéressés pendant notre externat dans le service de notre maître M. Sébilleau, aux différentes médications de la syphilis des premières voies.

Nous nous proposons d'étudier ici, plus particulièrement les résultats que nous avons pu observer dans le traitement par l'arséno-benzol, des affections syphilitiques de la spécialité oto-rhino-laryngologique.

Nous ne nous arrêterons pas aux questions de technique ni de dosage de cette thérapeutique, ce qui est l'affaire uniquement du syphiligraphe.

Nous limitant dans le cadre du spécialiste, nous verrons, dans un premier chapitre ce que l'on doit penser du Salvarsan au point de vue otologique, observant que les accidents de l'oreille interne paraissent plus fréquents depuis qu'on emploie l'arséno-benzol qu'avant l'apparition de ce médicament.

Passant ensuite aux affections syphilitiques du rhino-pharynx et du larynx, nous verrons les différents cas traités par la médication classique, et si les résultats obtenus permettent de la considérer comme amplement efficace la plupart du temps.

En dernier lieu, nous envisagerons certaines observations assez rares, qui nécessitent une puissance et une rapidité d'action telles, qu'il faut un traitement

« d'assaut » bien approprié. Nous verrons si mercure et iodure répondent à ces conditions, ou s'ils ne doivent pas plutôt laisser ici la place, à une thérapeutique, si non aussi inoffensive, du moins mieux qualifiée.

C'est dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé SÉBILEAU que, pendant les deux années où nous avons été son externe, nous avons puisé les éléments de cette thèse. C'est sous l'excellent enseignement de ce chef vénéré de la grande école d'oto-rhino-laryngologie, que nous avons eu l'honneur d'accomplir notre instruction dans la spécialité que nous voulons exercer.

Nous le prions de recevoir ici l'assurance de notre profond dévouement, ainsi que nos plus vifs remerciements pour les bons conseils qu'ils nous a toujours si aimablement prodigués.

Nos meilleurs remerciements vont également à M. le Docteur LEMAITRE, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, qui nous a inspiré le sujet de ce travail auquel il a bien voulu adjoindre quelques observations personnelles. Nous l'assurons de toute notre gratitude pour l'enseignement que nous avons reçu de lui, à l'hôpital.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Le dioxydiamidoarséno benzol est une découverte récente. C'est en effet en 1910 qu'EHRlich livra à l'expérimentation clinique, le produit qu'il venait de concevoir.

Celui-ci donna lieu immédiatement à une multitude d'observations, et à des controverses non moins nombreuses. En sorte que, suivre son évolution, du moins en France, c'est parcourir, en ce laps de temps relativement court, trois phases bien distinctes.

Une première phase de « défiance » chez nous, où il est généralement ignoré.

Une deuxième phase quelque peu outrancière, où il a ses admirateurs fervents et ses détracteurs, les uns et les autres également systématiques.

Une troisième phase « de critique équitable », où

défenseurs et détracteurs se font de mutuelles concessions.

En oto-rhino-laryngologie, on se trouve en présence d'une marche exactement superposable.

La première période est en effet caractérisée par ce fait, que chez nous, les praticiens ne peuvent employer l'arséno-benzol, sauf de rares privilégiés. Nous entendons parler de cures merveilleuses de la syphilis par cette médication, nous savons qu'en Allemagne elle donne lieu à une multitude d'observations, mais on se défie, précisément parce qu'on ne le connaît pas.

Dans la deuxième période, le médicament est vulgarisé en quelque sorte. On observe de très bons effets, dans les cas de syphilis, et, pour ce qui nous occupe, de la syphilis des premières voies. En France, BROCC et LE BLAYE, DARIER et COTTENOT, HUDELO et THIBAUT, communiquent à la « Société de dermatologie » des cas de guérison de syphilis bucco-pharyngée.

A Königsberg, à la suite des communications d'Ehrlich sur l'efficacité de l'Arséno-benzol dans les lésions muqueuses de la syphilis, Lester, Spiethoff et Unna relatent des faits du même genre.

A Berlin et à Vienne, s'accumulent des communications de guérison, d'accidents syphilitiques des premières voies. (Communication à la société laryngologique de Berlin 1910 — de Halle, Küttner, Heymann — à celle de Vienne, de Finger, Rille, Gourvitch).

A côté de ces faits, surviennent des notes discordantes. Chez nous MM. Halopeau et Gaucher communi-

quent à l'Académie deux cas de mort à la suite de l'emploi de l'Arséno-benzol, en dehors de toutes les contre-indications que son injection peut rencontrer. Ces accidents ne sont pas isolés. On relate aussi des lésions surtout nerveuses, consécutives à des injections de Salvarsan. Celui-ci paraît avoir produit des troubles labyrinthiques chez des syphilitiques à l'ouïe intacte jusqu'alors. C'est Finger qui le premier attire l'attention sur ces derniers phénomènes, qui sont également relatés ensuite par G. Alexander, Rille, O' Beck, etc.

Les accidents ne sont pas admis, à ce moment, par les défenseurs fervents du 606 ; ils suscitent au contraire chez ses détracteurs une défiance systématique.

Mais bientôt, nous en arrivons à une troisième période, où on le connaît mieux et où on se rend compte également et de sa valeur et de ses dangers. Les contre-indications générales, les réserves au sujet du système nerveux en particulier, sont bien posées ; les détracteurs, d'autre part, ont été obligés de s'incliner devant son efficacité. Et il ressort des articles originaux publiés par MM. Sabrazès et Dubourg, Ravaut et Cain, dans le « Journal Médical Français » d'octobre 1911, que l'Arséno-benzol occupe actuellement, dans l'esprit des praticiens, une situation intermédiaire entre une admiration absolue et un dédain systématique.

CHAPITRE II

L'Arséno-Benzol en Otologie

Il nous paraît utile de diviser ce chapitre assez complexe en deux parties :

1° *Quelle est l'action de l'Arséno-benzol sur les accidents syphilitiques survenus du côté de l'oreille, en dehors de tout traitement arsenical.*

2° *Quels sont les accidents survenant du côté de l'oreille, à la suite ou malgré l'emploi de l'Arséno-benzol.*

I

En pratique, il semble qu'il y ait peu d'accidents de l'oreille interne dus à la syphilis, du moins acquise.

Pour ce qui nous concerne nous n'en avons jamais vu. Nous nous sommes renseignés auprès de nos maîtres,

qui ne les ont rencontrés dans le service que d'une façon rare.

Nous avons parcouru la littérature médicale et, ainsi, nous avons pu nous rendre compte qu'effectivement, ces accidents étaient peu fréquents. Quand ils surviennent, c'est en général, à une époque éloignée de celle de l'apparition du chancre.

Les observations suivantes, publiées par les auteurs, sont édifiantes à ce sujet. Nous reproduisons en les résumant quelques unes d'entre elles.

DELSAUX relaté un seul cas de labyrinthite survenu un mois après le chancre.

Une seule fois, POLITZER note l'apparition d'une labyrinthite, une semaine après l'accident primaire.

G. ALEXANDER rapporte à la société des médecins de Vienne, (1910), neuf accidents de ce genre, dont un seul apparut treize semaines après l'infection.

O. BECK a rencontré un cas survenu six semaines, et un autre, trois mois après le chancre.

Il faut remarquer que les publications de ce genre n'abondent pas. Les accidents labyrinthiques survenant à une époque plus éloignée de l'apparition du chancre, sont peut-être un peu plus nombreuses, mais n'en paraissent pas moins constituer des cas assez exceptionnels.

On peut donc dire que ces lésions, dans la syphilis acquise, sont plutôt peu connues.

Mais ce qui l'est mieux, c'est la syphilis auriculaire héréditaire. Ces accidents se manifestent d'une façon bien moins rare, et nous en voyons bien des cas.

Nous ne pensons malheureusement pas que l'arséno-benzol, pas plus d'ailleurs que les autres traitements soit capable de guérir des lésions si profondes et si anciennes. L'organe de Corti, surtout quand il est lésé depuis longtemps ne paraît pas susceptible de se régénérer sous l'effet d'une médication, si puissante soit elle.

Des observations sont signalées, où des syphilitiques subissent des phénomènes de surdité très peu de temps après l'apparition du chancre.

Ici il est utile de faire une restriction. Il faut bien s'entendre sur la nature de ces phénomènes. En effet, une observation de ce genre, pour être complète, ne doit pas seulement mentionner qu'il existe un degré plus ou moins marqué de surdité.

Il faut faire l'examen objectif du tympan et de la trompe. Les épreuves auditives nous donneront des renseignements très précis, puisqu'elles nous diront si c'est l'oreille moyenne qui est intéressée par l'intermédiaire de la trompe, ou si c'est au contraire l'oreille interne.

Enfin, les épreuves vestibulaires indiqueront la participation ou l'intégrité du labyrinthe postérieur.

C'est dire l'utilité de la recherche du Nystagmus rotatoire et du Nystagmus calorique.

Or, il semble que la majorité des publications faites à ce sujet, pèchent précisément par défaut de ces examens complets. Et, peut-être que, si on les avait appliqués d'une façon systématique; on s'apercevrait que souvent des accidents étiquetés labyrinthites, ne sont,

en réalité, que des accidents de l'oreille moyenne, sous la dépendance de troubles de la trompe d'Eustache.

Les gommes, voire même les plaques muqueuses du pharynx, donnent fréquemment du catarrhe tubaire, et ce simple phénomène, par les troubles qu'il entraîne dans l'oreille moyenne, pourrait en imposer pour des accidents vestibulaires.

Nous résumant, nous pouvons dire que les accidents de l'oreille interne dûs à la syphilis acquise, sont rares, que ceux dûs à la syphilis héréditaire, sont un peu mieux connus; enfin que souvent, rien ne nous empêche d'incriminer l'oreille moyenne, là où on a mis en cause le labyrinthe.

Quels sont maintenant les résultats de l'arséno-benzol dans tous ces cas-là.

Pour les premiers, nous n'en savons rien personnellement. Nous ne voudrions pas essayer nous-mêmes de l'employer, aussi n'avons-nous pas d'observation qui s'y rapporte.

Mais la littérature médicale fait mention de quelques observations de ce genre. En particulier, celle de V. URBANTSCHITSCH qui, ayant injecté du Salvarsan dans trois cas de double labyrinthite chez d'anciens syphilitiques, eut dans le premier cas, une amélioration des deux côtés, dans le deuxième, amélioration d'un seul côté; dans le troisième aucun résultat.

L'observation de O'BECK se rapporte à trois cas exactement superposables à ceux d'Urbantschitsch.

Pour ce qui est des cas où l'oreille est touchée indirectement, par l'intermédiaire de la trompe l'arsénobenzol doit donner d'excellents résultats. Il n'y a d'ailleurs pas de raison pour qu'il en soit autrement, puisque tout se réduirait à guérir les accidents secondaires ou tertiaires du pharynx.

II

S'il est vrai que l'otologiste rencontrait peu de lésions de l'oreille interne dues à la syphilis, on peut dire qu'il a appris à les connaître depuis que la médication d'Ehrlich a commencé à être employée.

Ces lésions se présentent en effet, actuellement, avec une fréquence relativement grande.

Ce qui a le plus contribué à faire mettre en doute l'innocuité absolue de Salvarsan, ce sont ces accidents qui frappent souvent le système nerveux en général, mais en particulier l'appareil oculaire et l'appareil auditif.

Ils apparaissent de un à quelques mois après l'injection de Salvarsan, et, sauf de rares exceptions, n'ont aucune tendance à guérir ou à régresser spontanément.

On a donné différentes explications de ces paralysies, en particulier du nerf auditif atteint entièrement ou dans l'un de ses rameaux cochléaire ou vestibulaire.

Les uns en font une névrite toxique. D'autres, à la suite d'Ehrlich, les considèrent comme des neuro-réci-

dives, « comme des accidents de nature syphilitique, dont le « 606 » n'a pu empêcher l'apparition, dont il a facilité l'éclosion ». Il se produirait un phénomène analogue « à la réaction de Herxheimer au niveau des lésions cutanées et muqueuses, une mise en liberté d'une grande quantité d'endotoxines, sous l'action spirillocide du « 606 », et leur fixation sur les troncs nerveux expliqueraient ces paralysies ».

Une troisième théorie est donnée par quelques auteurs auxquels se rallient MM. Ravaut et Cain. Ceux-ci, s'appuyant sur les réactions biologiques (Wassermann ponction lombaire) expliquent les accidents qui seraient causés par l'indépendance anatomique relative, par les faibles connexions vasculaires de certaines régions du système nerveux, en particulier le nerf auditif qui, comme le facial est isolé dans un étroit canal osseux. Les spirochètes à l'abri des réactions humorales de l'organisme, garderaient leur virulence et se soustrairaient à l'action du 606.

Toutes ces théories ont une grande vraisemblance.

Sans nous arrêter plus particulièrement à l'une d'elles, sans chercher à savoir si les troubles incriminés sont tous la dépendance de l'arséno-benzol, nous constatons seulement qu'ils surviennent après son emploi.

Comment se présentent donc ces cas cliniquement. Les publications d'auteurs se rapportent à des troubles labyrinthiques survenus peu de temps après l'injection de Salvarsan. Nos observations rentrent également dans ce cadre.

En général, il s'agit de syphilitiques qui se sont faits traiter par l'arséno-benzol, pour des manifestations qui ne regardaient en rien l'appareil auditif intact jusqu'alors.

Parfois quelques jours, mais le plus souvent un ou quelques mois après ce traitement, ils ressentent d'abord des bourdonnements intenses et continus puis, ils entendent de moins en moins et arrivent à être complètement sourds soit d'une oreille, soit des deux. Cette surdité peut devenir définitive, alors que le Wasserman est négatif.

Voici d'abord deux observations résumées de M. le Dr Lemaître (1) :

OBSERVATION I

Communication orale de M. le docteur Lemaître

Mme X... nous est adressée pour des troubles de l'audition, que son médecin suppose être du catarrhe tubaire.

Dès le début de l'interrogatoire, nous sommes frappés par l'apparition rapide de la surdité, qui, bilatérale, est surtout accusée à gauche, ainsi que par les bruits et la sensation de

(1) Nous remercions notre maître d'avoir bien voulu nous confier ces deux communications.

vertiges, dont s'accompagne cette chute de l'audition.

L'examen de l'œil, dans la position latérale du regard, révèle l'existence de secousses nystagmiques.

Les épreuves auditives montrent qu'il s'agit d'une lésion de l'oreille interne ; et les réflexes vestibulaires par la rotation et par le Barany, prouvent que le labyrinthe postérieur est légèrement hypo-excitabile à droite, presque inexcitable à gauche.

En présence de ces signes, nous pensons à une lésion des nerfs auditifs, comme on en observe à la suite des injections de Salvarsan.

Nous pressons notre malade de questions ; elle finit par nous avouer que, à l'insu de son médecin habituel, elle a consulté un spécialiste des maladies de peau, pour une éruption dont la description rappelle celle de la roséole ; que ce médecin lui a fait 3 injections de Salvarsan, et que les troubles actuels sont apparus 15 à 20 jours après la dernière injection.

Sur nos conseils, la malade qui, depuis 2 mois 1/2 avait cessé tout traitement, est de nouveau soumise au mercure.

Nous revoyons la malade 6 semaines après. Lentement les troubles se sont amendés ; les vertiges ont complètement disparu.

L'audition est revenue, presque normale à droite.

Par contre, à gauche les bourdonnements persistent encore et l'audition est diminuée d'une façon considérable, et vraisemblablement définitive.

OBSERVATION II

Communication orale de M. le Dr Lemaître

M. X... syphilitique, a été traité à la période secondaire, par 3 injections de « 606 » (1).

Il vient nous trouver, parce qu'il n'entend pas d'une oreille et qu'il a eu quelques vertiges.

Il nous est facile de reconnaître une lésion de la VIII^e paire crânienne ; celle-ci est fonctionnellement détruite, tant dans sa fonction vestibulaire que dans sa fonction cochléaire.

Nous conseillons, d'une part, la reprise d'un traitement syphilitique par les méthodes classiques, d'autre part un repos général, car nous sommes frappés des troubles vertigineux que présente le malade.

Or, nous apprenons, une quinzaine de jours plus tard, que M. X... qui a continué à faire de l'auto, et à conduire lui-même sa voiture, a été victime d'un accident dont il est mort.

Nous ne pouvons nous empêcher de nous rappeler les troubles vertigineux que présentait le malade, lorsque nous essayons de nous expliquer cet accident survenu sans cause apparente.

Dans le service nous avons eu l'occasion de voir quelques malades présentant ces mêmes troubles, dans les mêmes conditions.

(1) « Dans cette observation comme dans la précédente. les doses de Salvarsan n'ont pu être précisées ».

OBSERVATION III

M. X..., chirurgien-dentiste, 30 ans, vient consulter le 13 juillet 1912, à l'hôpital pour bourdonnements dans l'oreille droite et surdité du même côté.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels : chancre syphilitique du fourreau le 5 janvier 1912, accompagné d'une grosse adenopathie inguinale double.

Wasserman positif.

On lui fait pendant le mois de mars 1912, 4 injections de « 606 », de 7 jours en 7 jours. Les deux premières à 0 gr. 20, la troisième 0 gr. 40 ; la quatrième 0 gr. 60.

Nouveau Wassermann encore positif.

Fin avril on commence une série de 20 injections par voie intra-veineuse de 1 centigramme de cyanure d'hydrargyre.

Au mois de juin on lui fait une injection intra-musculaire de 0 gr. 08 d'huile grise qui est suivie de quatre autres injections de même nature dont la 5^e et dernière a eu lieu avant hier 11 juillet.

Un troisième prélèvement de sang envoyé à l'Institut Pasteur donne un Wassermann négatif.

Actuellement le malade n'a plus d'accidents syphilitiques d'aucune sorte.

Il se plaint de bourdonnements très violents et continuels, d'intensité toujours égale à quelque heure de la journée que ce soit. Il accuse aussi des vertiges, surtout le matin en se levant et quelques étourdissements passagers dans la journée.

Ces phénomènes remontent à un mois environ. Il se plaint en outre, de ne plus entendre du côté de l'oreille droite et il fait remonter le commencement de l'abaissement de son ouïe de ce côté là à deux mois environ.

Actuellement, vertiges et étourdissements ont disparu. Ce qui persiste ce sont les bourdonnements toujours aussi intenses et continus et la surdité complète du côté de l'oreille droite.

Examen : Pas de catarrhe tubaire, pas de réaction de de l'oreille moyenne. Pas de nystagmus ni spontané, ni provoqué (nystagmus rotatoire).

Epreuves auditives :

O. D.		O. G.
Leg ^t positif :	<i>Rinne</i>	Positif
O	<i>Weber</i>	O
O	<i>Montre</i>	normal (positif + 1 m).
Normal	<i>Tympan</i>	normal.

OBSERVATION IV

Monsieur L. G... , 28 ans, employé de commerce, vient consulter à l'hôpital pour surdité complète de l'oreille gauche (dans les premiers jours de septembre 1912).

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : chancre syphilitique du fourreau, en février 1911.

On lui fait d'abord des injections de biiodure. Gingivite

consécutive. Apparition d'une roséole qui cède peu de jours après à une première injection intra-veineuse de Salvarsan, au mois de mars.

On lui fait une deuxième injection de « 606 » au commencement du mois de mai. Puis le malade suspend tout traitement pendant quelques temps.

Au mois de juin, il a des maux de tête surtout nocturnes, avec sensation de froid et insomnie. Depuis quelques jours il ressentait des bourdonnements dans l'oreille gauche, mais n'y prêtait pas attention. On lui fait au commencement de juillet une troisième injection d'arséno-benzol et peu de jours après, il est atteint de surdité complète de l'oreille gauche, tandis que les autres phénomènes ont disparu.

Actuellement le malade se plaint de ne plus entendre du tout de cette oreille gauche. Nous examinons son pharynx qui est en bon état. Pas de catarrhe tubaire. L'examen du tympan ne montre rien d'anormal. Aucune réaction de l'oreille moyenne.

Nous procédons aux épreuves de l'ouïe :

La montre successivement appliquée sur les régions frontale, temporale, pariétale et mastoïdienne, n'est pas perçue du tout du côté gauche.

Weber (Diapason vertex) latéralisé du côté sain.

Rinne positif à gauche (perception aérienne prédomine sur perception crânienne).

Schwabach négatif.

CHAPITRE III

Traitement antisyphilitique classique en Rhino-laryngologie

De notre précédent chapitre il découle ce fait que l'arseno-benzol est un médicament dont l'otologiste redoute plus les méfaits survenus à la suite, sinon à cause de son emploi, qu'il n'en apprécie ses bienfaits ailleurs qu'en otologie.

D'autre part les médecins généraux et les syphiligraphes nous signalent un danger toujours à redouter : n'oublions pas que des cas de mort ont été signalés. Ce n'est pas à nous qu'il est donné d'en discuter la valeur, mais nous ne pouvons retirer de notre esprit que d'une part MM. JEANSELME et TOURAINE, d'autre part MM. RAVAUT et CAIN, dans leurs travaux originaux du *Journal Médical Français* résumant la question disent « que c'est un médicament dangereux susceptible de provoquer des accidents mortels non seulement dans les cas

où son emploi est inconsideré, et dans ceux où des lésions des reins, du système nerveux ou du cœur, auraient dû contr'indiquer l'injection, mais aussi dans des cas où l'examen clinique le plus soigné n'avait permis de relever aucune contr'indication, et où le traitement avait été fait d'après une méthode très rigoureuse. » A cette même époque (15 octobre 1911) MM. HALLOPEAU et GAUCHER signalaient également des cas de mort dans ces mêmes conditions.

En présence de ces faits, on est porté naturellement à se défier de l'arséno-benzol.

Et d'ailleurs, le traitement classique qui est inoffensif donne en général des résultats satisfaisants.

Les accidents syphilitiques primaires rares dans les voies respiratoires supérieures qui nous occupent, et les accidents secondaires — plaques muqueuses — sont le plus ordinairement examinés par le médecin général pour élucider ou confirmer son diagnostic, et par le syphiligraphe.

Le spécialiste examine couramment des accidents tertiaires. Ce sont, le plus souvent, des gommes, ulcérées ou non. La syphilis héréditaire a une prédilection pour le nez. Sa localisation laryngée ne constitue pas une rareté.

Or, dans la majorité de ces cas, soit que les malades se présentent à une période rapprochée de l'infection primaire, soit que leurs lésions évoluent sans grande rapidité, un traitement ordinaire, bien approprié, paraît amplement suffisant.

La plupart des malades du service, traités par l'iodure de potassium et le mercure, ont été sinon toujours guéris, du moins tellement améliorés, qu'il a été inutile de recourir au Salvarsan.

Et à ce propos, qu'il nous soit permis de dire que l'iodure n'est pas pour le spécialiste, ce que l'on croit. S'il est vrai qu'en ce qui concerne le larynx il doit être manié avec prudence, chez les malades non trachéotomisés, à cause des accidents d'œdème qui peuvent surgir, il est également vrai qu'il agit merveilleusement sur tous les accidents tertiaires des fosses nasales. C'est le résolutif par excellence, de toutes les gommes de cette région.

Le Salvarsan, certes, dans tous ces cas donne de bons résultats, et il n'y a pas de raison qu'il n'agisse pas en ce sens.

Dès 1910, les communications faites à la Société Française de dermatologie par Brocq et Le Blaye, Bizard, Darier et Cottenot, Hudelot, Thibaut, Renaut en montrent les bons résultats dans les manifestations bucco-pharyngées. Ses bons résultats dans les manifestations muqueuses syphilitiques sont communiqués par Ehrlich, Lesser, Spiethoff, Unna. La statistique de Safraneck (42 cas de syphilis de voies respiratoires supérieures guéries par le « 606 ») est également édifiante. Scheier, Kuttner, Heymann, l'emploient également avec succès. Halle relate à la « Société Laryngologique de Berlin » une observation de gomme de la trachée cédant en 14 jours à la médication arsenicale.

En un mot les observations de ce genre sont innombrables.

Mais doit-on induire par là que ce traitement est seul efficace ? La plupart des observations fournies par les auteurs, prouvent que c'est un excellent médicament mais outre que certains d'entre eux tels que Echtermeyer qui 2 fois n'eut pas de résultat satisfaisant, Lenhoff qui eut deux cas de récidence, Goldstein qui n'eut pas de résultat satisfaisant dans une syphilis des premières voies, on ne peut rester insensible au nombre également grand d'observations relatant les ennuis et les dangers de cette médication. De plus ces mêmes auteurs à part des cas très spéciaux et relativement peu fréquents ont employé le « 606 » de prime abord et non pas après l'échec d'anciens traitements.

Nous avons recueilli au hasard dans le service, quelques unes des observations, d'accidents syphilitiques tertiaires des premières voies traitées par la médication classique qui a donné tous les résultats désirables, qui ont en un mot merveilleusement guéri.

Voici d'abord le cas d'un *syphilome en nappe* du voile du palais.

OBSERVATION V

Syphilome en nappe du voile du palais

Mme L., ménagère, 35 ans, vient consulter dans le service le 10 septembre 1912, parce qu'elle éprouve de la gêne dans

la déglutition, et aussi, mais moins marquée, dans la phonation et dans la respiration.

Antécédents héréditaires et collatéraux nuls.

Antécédents personnels. — Bronchite dans son jeune âge. Elle nie la syphilis ; pas de fausses couches ; 3 grossesses, 3 enfants vivants bien portants. Mais à l'âge de 18 ans, avant son mariage, elle a eu des migraines fréquentes. A ce même moment elle a remarqué une chute de cheveux assez abondante, et elle a perdu plusieurs dents qui étaient en mauvais état.

Maladie actuelle. — Remonte aux premiers jours d'avril 1912 (il y a 6 mois). Débute par de simples maux de gorge qu'elle soigne par des gargarismes. Puis elle se fait traiter à la clinique Rotschild et on lui institue une médication également banale. Aucune amélioration. Les maux de gorge persistent et peu à peu elle éprouve de la difficulté d'abord légère, ensuite un peu plus marquée pour avaler et pour déglutir. Un peu plus tard surviennent des troubles de la phonation ainsi que de la respiration. Elle n'y prête d'abord pas d'attention et ne se fait aucun soin. Mais comme tous les phénomènes s'accroissent, elle se décide à venir consulter.

Actuellement. — La malade a une recrudescence des douleurs à la gorge, surtout à l'occasion de l'alimentation et de la déglutition. Elle a la voix enrouée et de tonalité un peu basse. Au point de vue général elle accuse un amaigrissement de quelques livres en quelques mois.

Examen. — Pas de traces de gommes. Pas de stigmates de syphilis.

Cou. — Adénopathie cervicale bilatérale indolente même à la palpation.

Bouche. — Il reste très peu de dents sur le maxillaire su-

périeur ; les incisives médianes et latérales, les canines et les prémolaires n'y sont plus. Quant aux molaires qui restent elles sont en très mauvais états et réduites pour la plupart à l'état de chico,s. Les dents du devant du bas ne sont pas en trop mauvais état. Mais les prémolaires et les molaires sont à peu près complètement détruites.

Sur la langue, papilles hypertrophiées et quelques fissures. Pas de leucoplasie buccale ni linguale.

Voile du Palais. — Infiltration gommeuse diffuse sur toute la partie gauche du voile. La luette est entièrement englobée par cet infiltrat ; elle est très épaisse et d'aspect vernissé. Le processus a envahi complètement le pilier postérieur gauche qui a notablement augmenté de volume (il est à peu près trois fois plus gros que le pilier correspondant droit qui est indemne). De même, épaissement de la fossette sus-amygdalienne ainsi que de la partie intermédiaire entre le pilier postérieur et l'antérieur. Le tout offre une masse rouge violacée très épaisse, crevassée par endroits. L'amygdale aussi est touchée. Elle est deux fois grosse comme la droite, et fendillée à sa partie inférieure et postérieure. Le toucher décèle de l'induration dans toute la partie infiltrée.

Cette lésion gommeuse éveille notre attention du côté de la syphilis, mais, devant les renseignements négatifs à ce point de vue, que nous donne la malade, nous lui faisons une prise de sang qui est examinée à l'Institut Pasteur. Le Wassermann nettement positif lève tous les doutes et on met immédiatement la malade au traitement antispécifique. Pour ne pas éveiller sa susceptibilité, nous lui faisons prendre uniquement de l'iodure de potassium, trois grammes par jour, sans y ajouter du mercure ni en injections ni en frictions.

La malade revient nous voir le 2 octobre (son traitement a été institué le 18 septembre). Les maux de tête ont disparu. Elle a beaucoup moins de peine pour avaler et déglutir. La phonation se fait d'une façon beaucoup plus claire qu'auparavant.

L'examen de son voile est d'ailleurs tout à fait rassurant. L'infiltration de la luctte et du pilier postérieur ont cédé en grande partie. Elle persiste, mais moins nette sur la fossette sus-amygdalienne, et sur l'amygdale elle même qui n'a presque pas diminué de volume. Enfin, l'aspect des muqueuses a perdu sa tonalité rouge vernissé, pour prendre une coloration bien moins intense.

Le 15 octobre, la malade revient nous voir. Elle est très satisfaite du résultat, qui n'a fait que s'accroître favorablement. Le voile du palais reprend son volume normal. Seule, l'amygdale reste encore relativement assez grosse.

Dans les accidents tertiaires, en effet, à côté de la grosse gomme unique, qui est parfois rebelle au traitement simple et évolue vite, il y a des syphilomes diffus superficiels, en nappe, qui évoluent assez lentement et qui eux, comme le signale M. FOURNIER, cèdent immédiatement à la première tentative thérapeutique. Notre malade prise au hasard au milieu d'un nombre important de malades qu'il nous a été donné de suivre, entre bien dans ce cadre-là.

Les syphilomes du voile n'évoluent pas toujours de façon aussi bénigne. Ils peuvent parfois donner lieu à

des phénomènes plus inquiétants. Cette infiltration épaisse et diffuse des tissus peut retrécir l'isthme du gosier et apporter une obstruction mécanique à la phonation et à la respiration, à un certain degré d'avancement. Mais cette infiltration cède très bien au traitement mixte (Iodure de potassium et frictions) ou aux injections de mercure.

Tandis que ces malades négligent, souvent pendant longtemps, ce qu'ils prennent simplement pour une angine banale, il n'en est plus de même de ceux qui, atteints de gommes ulcérautes, accusent des symptômes fonctionnels assez importants pour venir consulter dès les premières atteintes du processus ulcératif. Aussi, si ces gommes évoluent avec plus de rapidité, et par conséquent, avec moins de bénignité, peuvent elles en général être prises à temps et bénéficier du traitement mercuriel.

Comme l'indique l'observation qui suit, l'ulcération ne fait que paraître, elle est prise en pleine évolution et si celle-ci n'est pas particulièrement sévère, on en vient à bout avec les traitements ordinaires, mais employés avec énergie.

OBSERVATION VI

Gomme du Voile et de la cloison

Madame B. T. tourneuse, 35 ans, entre à l'hôpital le 9 août 1912.

Antécédents héréditaires : Parents morts cette année, âgés, père d'accident, mère d'un cancer de l'estomac.

Antécédents collatéraux : 6 frères et sœurs morts.

Antécédents personnels : Typhoïde à l'âge de 9 ans.

La malade entre à l'hôpital pour maux de gorge et pour l'enflure de son nez qui s'accompagne d'écoulements de sang et de musco-pus et de l'impossibilité de respirer par cette voie.

La maladie remonte à 2 mois. A ce moment, rhume de cerveau très tenace, avec maux de tête violents provoquant de l'insomnie. Ces maux de tête, surtout nocturnes. Puis la malade a mouché du sang et du pus, salissant jusqu'à 6 mouchoirs dans les 24 heures.

Il y 15 jours, la voix subit des modifications. Elle devient nasonnée. En même temps un peu de difficulté pour avaler et déglutir.

Elle va consulter un médecin qui formule de l'iodure et l'engage à entrer à l'hôpital.

Actuellement. — Ces phénomènes persistent et même s'accroissent. Elle ressent en plus de violentes douleurs au niveau des os propres du nez, tant spontanément qu'à la palpation. Elle note de plus, un abaissement léger de son ouïe, des 2 côtés, mais il y a simplement obstruction tubaire.

Cryesthésie.

Température assez élevée au dessus de 38°.

Urines normales.

Examen. — Au niveau des os propres du nez, peau rouge et tuméfiée. La tuméfaction gagne un peu vers la région palpébrale droite. La paupière gauche supérieure est légèrement abaissée.

A la palpation on sent une infiltration de la peau, laquelle ne se mobilise pas au-dessus de cette infiltration. Cette palpation est douloureuse. L'inspection de ses fosses nasales montre une sous-cloison intacte. Il n'en est pas de même de la cloison recouverte des 2 côtés par une large ulcération donnant lieu à une assez grande perte de substance. Les ulcérations remontent jusqu'au haut de la pyramide nasale, où sont amoncelées des croûtes et du pus, qui obstruent totalement la pénétration de l'air par cette voie.

La rhinoscopie postérieure ne montre rien de particulier.

Examen de la bouche. — Les dents sont à peu près toutes en mauvais état. Celles de la mâchoire supérieure manquent en grande partie.

Sur la muqueuse linguale papilles hypertrophiées ; nombreuses fissures ainsi que sur les lèvres.

Voûte palatine. — A 1½ centimètre à droite du sillon médian et à 4 centimètres environ en arrière de l'arcade dentaire, ulcération de la grosseur, d'une pièce de 0,50 centimes taillée à l'emporte-pièce et de forme ovale, à fonds rouge violacé, qu'on aperçoit quand on a dégagé les saniosités grisâtres qui le recouvrent. Les bords de l'ulcération sont arrondis, très réguliers

Avec le stylet on touche la surface osseuse. A la partie antérieure de l'ulcération existe une perforation par laquelle le stylet traversant le plancher de la fosse nasale droite pénètre dans celle-ci.

On pratique une prise de sang, qui, examiné à l'Institut Pasteur, donne un Wassermann positif.

On met immédiatement la malade au traitement mixte iodure de potassium, 4 gr. par jour et frictions mercurielles.

12 août. — Au point de vue général, les maux de tête ont complètement disparu ainsi que les insomnies et la cryesthésie. L'appétit renaît. Quant à la température elle descend vers la normale.

La lésion cutanée au niveau des os propres du nez s'est rétrécie progressivement et a une tendance nette à la guérison. Les douleurs au niveau des os propres ont disparu en grande partie. La surface de la peau est bien moins rouge et l'infiltration a beaucoup diminué.

20 août. — Les phénomènes généraux et locaux rentrent dans l'ordre.

La lésion palatine qui était la plus rebelle, et qui semblait, malgré le traitement avoir une tendance à la séquestration, subit des modifications favorables.

Enfin à sa sortie dans les premiers jours de septembre, la malade part presque complètement guérie. La lésion palatine a été la plus longue à guérir. Mais l'ulcération s'est comblée de tissu sain, et le stylet ne décèle plus la perforation.

Pour ce qui concerne la syphilis nasale on peut la diviser en trois parties.

Elle peut en effet léser, soit la charpente (cloison, os propres), soit le plancher des fosses nasales évoluant vers la perforation de la voûte palatine, soit la voûte

du nez (lésions sphénoïdales, mais surtout ethmoïdales).

La perforation de la cloison peut être limitée. La destruction complète donne ce que Fournier a appelé « nez en lorgnette » par l'effondrement du nez auquel elle donne lieu au-dessous des os propres. Quand à la destruction de ces os propres eux-mêmes, elle provoque l'écrasement de la base du nez, les deux narines étant évasées en dehors, ce sont là de graves modifications des conditions esthétiques du nez et les différents traitements n'ont naturellement d'efficacité que dans le début, alors que la perforation de la cloison est bien limitée.

Quant aux lésions du plancher qui constituent 19 fois sur 20 (Diday-Fournier) la cause de la perforation de la voûte palatine, elles cèdent au traitement mercuriel surtout quand elles sont prises au début, mais aussi quand, n'évoluant pas avec trop de rapidité, elles ne donnent lieu qu'à des fissures ou des ulcérations punctiformes.

La syphilis héréditaire est la cause la plus fréquente de ces accidents du nez. Voici une observation de gomme du plancher des fosses nasales ayant déterminé une perforation de la voûte et donné lieu à de la nécrose osseuse et à la formation de sequestres.

OBSERVATION VII

Le jeune M. H., 12 ans, entre à l'hôpital pour une lésion de son maxillaire supérieur.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants bien portants.

Antécédents collatéraux. — Une sœur âgée de 13 ans est atteinte de kératite interstitielle.

Antécédents personnels. — Il y a 2 ans, gommès du tibia traitées par des piqûres. En même temps gommès cutanées du cou et du coude droit.

Dans son bas-âge, rougeole et coqueluche.

Maladie actuelle. — Il y a quelque temps, l'incisive latérale et la canine droites supérieures sont tombées à quelques jours d'intervalle, toutes deux subitement et sans provoquer aucune douleur. Puis élimination de petits séquestres, de la même façon. A la suite de cela, l'enfant vient consulter parce qu'à l'occasion de l'ingestion des liquides, ceux-ci passent par le nez.

Actuellement. — On est tout d'abord frappé par l'odeur qui s'exhale du nez et de la bouche de l'enfant, dès qu'on approche de son lit.

Examen. — Yeux : Blépharo-conjonctivite purulente double ; Kératite interstitielle double.

Jambes : Cicatr. de 2 gommès au niveau du tibia gauche.

Coude droit : Cicatrice d'une gomme sus-olécrânienne.

Cou : Cicatrice de gomme cutanée au niv. St. cl. m. gauche.

Bouche : Grande cavité correspondant à la partie médio-

latérale droite de maxillaire supérieur, large de 2 cm., haute de 1 cm. environ, très profonde.

Les incisives médiane et latérale et la canine droites manquent.

Avec le stylet on traverse la voûte palatine et on pénètre dans la fosse nasale droite.

Il n'y a pas de correspondance avec le sinus.

Nez. — Effondrement de la partie inférieure de la fosse nasale. Petits séquestres.

Wassermann positif.

On le met au traitement mixte, iodure 1 gr. par jour.

Frictions mercurielles.

L'enfant subit ce traitement pendant un mois, au bout duquel sa lésion est en bonne voie de cicatrisation.

Ainsi le traitement ordinaire réussit bien dans tous ces cas.

Mais il faut bien dire que, d'autres fois, la marche est autrement rapide, et qu'il se forme de vastes perforations avec nécrose osseuse sur une assez grande étendue et élimination de séquestres volumineux. Le traitement mercuriel a parfois pu donner de bons résultats, en s'opposant à cette rapide progression mais nous pensons qu'il vaut mieux s'adresser directement à un « traitement d'assaut » au Salvarsan.

Restent enfin, dans l'ordre de gravité, les lésions ethmoïdales, consécutives à une gomme de la voûte du nez. Là encore, il s'agit, suivant nous, d'un de ces cas d'exception que nous verrons plus loin et qui ne sont pas avantageusement traités par le mercure.

Dans la syphilis laryngée, il y a également des lésions superficielles, des syphilomes diffus évoluant lentement et qui bénéficient largement du traitement classique.

Il y a aussi des infiltrations qui ne se contentent pas d'agir simplement en nappe à la superficie, mais qui, au contraire, pénètrent dans les tissus, vont épaissir peu à peu les bandes ventriculaires et l'épiglotte pouvant arriver, si la négligence du malade est par trop grande, à donner des phénomènes d'asphyxie qui le font entrer d'urgence à l'hôpital, c'est le cas de l'observation suivante :

OBSERVATION VIII

M. A..., 46 ans, chiffonnier, entre à l'hôpital pour des crises d'étouffement.

Père mort paralytique.

Frère mort d'affection pulmonaire.

Mère bien portante.

Il n'a jamais été malade.

Depuis 8 ans, extinction de voix.

Depuis 5 mois est sujet à des crises de suffocation.

Depuis 15 jours il tousse et crache, surtout le matin.

Maladie actuelle. — Le samedi 16 mars au matin, le malade, au cours de son travail, est pris brusquement d'une dyspnée violente qui l'oblige à s'asseoir. Pendant 5 minutes il eut

beaucoup de peine à respirer. L'accès se termina par une abondante sudation.

Il veut reprendre son travail, mais, au bout d'un quart d'heure survient une deuxième crise tout à fait semblable à la première, en intensité et en durée qui l'oblige à rentrer chez lui et à s'aliter.

Il consulte à l'hôpital Bichat, d'où on le fait conduire d'urgence dans le service.

Actuellement. — Le malade se sent un peu mieux. Il respire plus facilement. Néanmoins il est obligé de se tenir assis sur son lit. Couché, la respiration est plus rude : on perçoit un léger tirage. Par moments, la nuit surtout, pris de dysnée subite, il est obligé de reprendre la position assise. Le matin il tousse beaucoup. La toux est pénible, provoquant de la dyspnée. Elle s'accompagne d'une expectoration spumeuse, un peu muco-purulente, assez abondante.

Examen. — L'appétit est conservé. Pas de température. Urines normales.

Pas d'adénopathie cervicale.

Signe d'Argyll-Robertson.

Examen du larynx. — Cordes vocales grosses et tuméfiées, peu mobiles, de coloration légèrement rosée. On y remarque de petites masses verruqueuses rouges à fond sanieux. On en constate de semblables sur la bande ventriculaire gauche, sur la face postérieure de l'épiglotte, de même que sur les piliers post. et le bord libre du voile du palais du côté droit.

Quant aux arythénoïdes ils sont absolument intacts dans leur consistance et dans leurs mouvements.

Le 30 mars, on prélève du sang qui est examiné à l'Institut Pasteur. Le Wassermann est positif.

Le même jour, M. le docteur Lemaître pratique la trachéo-

tomie. On commence en même temps le traitement mixte : Iodure de potassium 2 gr. par jour et frictions mercurielles.

Le malade continue ce traitement pendant tout le temps qu'il reste à l'hôpital, c'est-à-dire du 23 mars au 19 avril 1912.

A ce moment on l'a décanulé très facilement, et une fois les soins nécessaires à une plaie de trachéotomie effectués, il n'est plus revenu à l'hôpital.

Là il ne pouvait s'agir d'agiter la question de traitement antisyphilitique. L'intervention chirurgicale devait se faire d'urgence. Celle-ci faite, la médication mercuriale a donné de bons résultats, comme elle l'aurait fait si elle avait été employée à temps dès les premières atteintes du larynx.

Enfin il y a des lésions du larynx particulièrement importantes par leur gravité. Nous voulons parler de celles qui ont une tendance rapide à l'envahissement des cartilages crico-arythénoïdiens, faisant peser sur cette articulation, la menace d'ankylose. Nous verrons ces cas-là dans le prochain chapitre. Ici croyons-nous, il ne faut plus qu'il soit question de Mercure, mais d'une thérapeutique excessivement vive et puissante.

Nous ne voulons pas terminer ce chapitre sans signaler des manifestations syphilitiques laryngées d'ordre nerveux. (Paralysies récurrentielles sous la dépendance de la syphilis).

Nous croyons que ces phénomènes, quand ils peuvent céder, guérissent sous l'effet du traitement mercuriel en injections ; il n'y a pas de raison pour que l'arséno-benzol ne soit également bienfaisant dans ces cas-là.

CHAPITRE IV

Traitement par l'Arséno-Benzol de certaines affections rhino-laryngologiques

Le mercure sous toutes ses formes, et l'iodure, conservent donc une place prépondérante dans le traitement des cas de pratique courante, pour la triple raison qu'ils sont facilement maniables, peu ou pas toxiques, et qu'enfin, la plupart du temps, ils sont suffisamment énergiques et efficaces. Il ne faut pas oublier que, souvent, la syphilis est une affection, si nous osons ainsi dire, bénigne dans son évolution, et qu'elle est donc justiciable d'une thérapeutique qui n'a pas toujours besoin d'être violente.

Mais il faut reconnaître qu'il est certains accidents, rares il est vrai, qui évoluent avec vitesse et malignité. Il leur faut une médication qui lutte avec eux de vitesse, de telle sorte qu'elle puisse les encercler par sa propre rapidité et par une action violente répondant à cette malignité.

Il est aussi des accidents qui, sans évoluer avec ces caractères, n'en restent pas moins rebelles au mercure, qui n'arrête en rien leur processus.

Dans ces deux ordres de faits, l'Arséno-benzol nous paraît tout indiqué, parce que, si son emploi est très délicat, il n'en semble pas moins un remède de tout premier ordre contre la syphilis, grâce à la rapidité et à la force de son action, grâce aussi à son remarquable pouvoir de cicatrisation.

Employons le après l'échec du mercure, d'autant mieux qu'il paraît donner des résultats encore beaucoup plus rapides et beaucoup plus satisfaisants lorsque le malade a déjà été traité par le mercure.

Nous verrons toutefois que même dans tous ces cas où il est un médicament de choix, outre qu'il faut le manier avec prudence, il comporte, en dehors des contrindications d'ordre général, certaines contrindications devant l'état quelquefois peu satisfaisant de l'appareil auriculaire.

La syphilis tertiaire des premières voies quand elle évolue avec une grande rapidité, peut donner lieu à des accidents d'ordre fonctionnel et d'ordre esthétique, tous deux en somme très graves à des points de vue différents.

Les gommes du nez évoluent parfois avec une vitesse déconcertante, soit qu'elles atteignent dans leur proces-

sus ulcératif, la cloison qui se perfore et peut s'effondrer, soit qu'elles atteignent le plancher des fosses nasales, aboutissant à la perforation de la voûte palatine. Le traitement mercuriel intensif a parfois donné de bons résultats dans ces cas là, mais souvent aussi, il est resté inefficace, dans les larges perforations qu'il n'arrive pas à combler.

L'arséno-benzol, au contraire, outre sa rapidité qui lui fait bien vite circonscrire l'ulcération, arrive la plupart du temps à la combler grâce à son pouvoir de cicatrisation. Les observations de ce genre ne font pas défaut.

E. FREUND fait une injection de Salvarsan à une femme qui a une ulcération de la voûte palatine consécutive à une gomme. Cette perforation ne tarde pas à être comblée en peu de jours par une cicatrisation rapide.

Aussi intéressante est à ce point de vue l'observation de J. V. Bokay, Vermes et Z. V. Bokay :

Il s'agit d'une petite fille qui a une très vaste perforation de la voûte palatine. La cicatrisation se fait dans le court laps de temps de sept semaines.

M. O. GOURVITCH observe quatre cas de syphilis tertiaire du nez. Dans les quatre cas, il y avait perforation de la cloison. Traités au Salvarsan, ils se cicatrisèrent en quinze jours.

Le cas de SACK n'est pas moins concluant :

Une jeune fille est atteinte d'une gomme ulcérente dont le processus a envahi une partie de la voûte nasale

le plancher des fosses nasales et a abouti à une perforation d'une grande partie du voile du palais.

On lui fait quatre injections d'arséno-benzol et la cicatrisation, si elle n'est pas complète, est néanmoins satisfaisante.

OBSERVATION IX

Diagnostic : Gomme syphilitique du voile avec perforations

Mme A. C. . . , 23 ans, domestique, vient consulter parce qu'elle souffre de la gorge.

Antécédents héréditaires : Parents vivants bien portants.

Antécédents collatéraux : Deux frères vivants bien portants.

Antécédents personnels : Rougeole dans son jeune âge.

A l'âge de 15 ans, elle constate l'apparition de boutons sur tout le corps, en même temps que ses cheveux tombent abondamment et que plusieurs dents sont en mauvais état et tombent également. A cette époque maux de tête tenaces. Elle ne s'est jamais aperçue de la présence d'un chancre ayant précédé ces accidents. D'ailleurs cette malade qui est d'une intelligence toute relative n'a même pas consulté pour tous ces phénomènes. Elle nous dit qu'il y a un an elle est entrée dans un service de médecine de Lariboisière pour de violents maux de tête. Elle sortait au bout de 8 jours, pour aller au Vésinet

où elle séjourna un mois. Ensuite de quoi elle reprit son travail sans être autrement affaiblie.

Maladie actuelle. — Remonte au mois de mai 1912. A ce moment elle sent sa gorge enflammée et éprouve de la difficulté pour avaler et pour déglutir. La respiration se fait elle-même un peu difficilement. Elle ne se soucie pas de ces divers troubles et sans aller consulter prend quelques gargarismes.

Ces phénomènes progressent lentement, sans subir d'arrêt dans leur marche. Elle consulte il y a deux mois : on lui institue un traitement banal : gargarisme à l'eau oxygénée et vaseline dans le nez.

Il y a un mois l'alimentation et la déglutition se faisant de plus en plus douloureuses, elle constate que sa voix devient nasonnée et peu de jours après, que, lors de l'ingestion des liquides, ceux-ci reviennent en partie vers les fosses nasales. Elle vient alors consulter dans le service et on la fait entrer en salle.

Actuellement. — Les symptômes fonctionnels sont les mêmes, la voix est fortement nasonnée et il se dégage de la fétidité de la bouche de la malade. Elle nous observe que les liquides reviennent par le nez beaucoup plus que ces jours derniers.

Nous l'examinons et nous ne trouvons pas de stigmates de syphilis sur le corps. Tous ses reflexes sont normaux. Rien dans l'auscultation des poumons et du cœur.

Il existe une légère adénopathie cervicale bilatérale.

Examen de sa bouche. — Pas de leucoplasie ; les dents sont en bon état.

Voûte palatine. — La partie osseuse est intacte ; c'est à

peine s'il y a une légère infiltration de la muqueuse à ce niveau.

Il n'en est pas de même de la partie membraneuse. On y constate d'abord l'infiltration et l'épaississement de la luette ainsi que des piliers postérieurs des deux côtés. Les amygdales sont également grosses et œdématisées. Le tout est de couleur rouge-violacé. Dureté à la palpation.

A la partie médiane, à un demi travers de doigt au-dessus de la luette se trouve une perforation grosse comme une demi pièce de 50 centimes.

Au dessus d'elle et également sur la partie médiane une autre perforation à peine un peu plus petite que la première.

Enfin de chaque côté de cette dernière à une distance d'un 1/2 centimètre environ, perforations punctiformes, au nombre de deux.

Il y a donc en tout 4 perforations, dont 2 grandes et deux très petites. Le stylet les traverse toutes entièrement allant ainsi toucher directement la paroi postérieure et supérieure du pharynx.

Ces lésions sont *en pleine* évolution.

Examen de l'appareil auditif satisfaisant.

28 octobre. — (40 gr. néo-Salvarsan intra-veineux) Légère élévation thermique le soir.

La malade examinée au bout de quatre jours, éprouve une amélioration au point de vue fonctionnel.

Les deux ulcérations punctiformes ont disparu.

Les deux autres persistent mais se sont néanmoins aplaties et ont une tendance à rapprocher leurs bords.

Le 1 novembre. — Les 2 ulcérations médianes sont bien moins grandes et semblent se cicatriser assez rapidement.

12 novembre. — Nouvelle injection intra-veineuse de 0 gr. 40 de Néo-Salvarsan.

La malade est encore en cours de traitement à l'hôpital, mais son état est de plus en plus satisfaisant. Les deux ulcérations médianes qui avaient semblé avoir un temps d'arrêt, subissent une régression évidente, et tendent à la cicatrisation.

Les gommès ulcérantes du nez, quand elles atteignent la voûte nasale, sont particulièrement dangereuses. Elles laissent planer une menace de lésions ethmoïdales, particulièrement dangereuses à cause, du voisinage de leurs cellules avec les méninges.

Là encore, il faut agir avec une très grande rapidité pour empêcher la gomme de la voûte d'évoluer vers ces régions dangereuses.

Quant aux ethmoïdites syphilitiques, dont les phénomènes de purulence et de séquestration résistent à la médication mercurielle, elles sont susceptibles de bénéficier grandement de l'arséno-benzol, ainsi que le montre cette observation que M. Lemaître a bien voulu nous communiquer :

OBSERVATION X

Communication orale résumée de M. le Dr LEMAITRE

Ethmoïdite bilatérale, d'origine syphilitique. — Deux injections de néo-Salvarsan. — Amélioration considérable et rapide.

M. X... se plaint d'obstruction nasale ; en décembre 1911, il va consulter un spécialiste qui découvre une déviation de la cloison nasale et attribue l'insuffisance respiratoire à l'existence de cette malformation dont il pratique la résection sous-muqueuse. La cicatrisation assez lente à se faire, est complète en deux mois. Le malade n'en continue pas moins à respirer de plus en plus difficilement et à moucher du pus.

Quand nous le voyons, en août 1912, il ne respire pour ainsi dire pas par le nez ; celui-ci est encombré par des sécrétions muco-purulentes qui tapissent d'autre part tout le cavum. De plus, le stylet nasal tombe sur des surfaces ethmoïdales ostéitiques saignantes et recouvertes de pus. Les lésions à peu près symétriques intéressent les deux labyrinthes ethmoïdaux, mais restent limitées au seul ethmoïde.

En présence de ces signes, nous pensons à une double ethmoïdite d'origine syphilitique. Nous faisons faire un Wassermann qui est fortement positif (il est vrai que le malade est un paludéen.)

Deux injections de néo-Salvarsan sont pratiquées. Elles sont suivies d'un bien-être dont se réjouit le malade qui peut respirer librement, la bouche fermée ; objectivement, les cornets moyens sont devenus presque normaux ; ils sont moins rouges ; il n'y a pour ainsi dire plus de pus à leur surface.

Enfin, l'exploration au stylet ne détermine pas d'hémorragies et ne permet pas de trouver d'os dénudé,

Trois semaines après la deuxième injection de néo-Lalvarsan, s'il n'est pas complètement guéri, est considérablement amélioré.

Pour ce qui concerne le larynx c'est les phénomènes asphyxiques qu'il faut craindre dans les lésions tertiaires qui le lèsent. Les gommes de la partie inférieure du pharynx, celles de l'épiglotte, produisent un œdème souvent considérable de l'épiglotte, pouvant boucher l'orifice laryngé.

L'œdème peut envahir également les bandes ventriculaires qui s'épaississent et ont tendance à se rapprocher l'une de l'autre, à former un pont sur le jour laryngé. Ces accidents ont été étudiés dans le précédent chapitre.

Mais il est un accident plus particulièrement grave, c'est quand l'infiltrat gommeux se propage vers les cartilages orico-arythénoïdiens et les menacent d'ankylose : accident irrémédiable obligeant le malade, qu'il faut naturellement trachéolomiser, à garder une canule toute sa vie durant, en faisant un véritable canulard.

Là il ne faut pas hésiter à agir avec une grande force, et avoir recours à l'arséno-benzol, qui nous a donné dans le service un résultat véritablement surprenant si on s'en rapporte à cette observation :

OBSERVATION XI

Diagnostic : *Sténose laryngée spécifique*

Wassermann positif (*sérum examiné à l'Institut Pasteur*)

M. C. L. . . , 36 ans, palefrenier, est envoyé d'urgence dans le service parce qu'il a de la dyspnée et du tirage.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'affection pulmonaire ; Mère morte de tuberculose ; Une sœur morte de tuberculose ; Un frère et une sœur vivants, bien portants.

Antécédents personnels. — Scarlatine à l'âge de 11 ans. En 1909, chancre induré de la verge. Pas de roséole ni de plaques muqueuses. Il fut traité pendant un an environ, par des injections de calomel.

Marié depuis 1906. A eu trois enfants, dont le premier est né à 8 mois et mort à un an, les 2 autres, vivants, bien portants.

Maladie actuelle. — Depuis février 1911, le malade a de l'enrouement qu'il attribua à un fort rhume qu'il eut à cette époque. Il fut soigné à St-Louis, dans le service de M. Balzer.

Il y a 10 jours, il éprouva de la difficulté pour respirer. Rapidement, la dyspnée s'accrut et s'accompagna de tirage.

Il a des accès de suffocation, surtout l'après-midi, se prolongeant longtemps.

Pendant les crises, le malade a de l'anxiété, il devient rouge et, pour respirer plus librement il a recours à un arti-

fice qui consiste à maintenir sa bouche et ses narines ouvertes avec ses doigts. La nuit, il ne dort pas, mais la dyspnée est moins vive. L'appétit est conservé, mais il est obligé de s'alimenter avec des bouillons et des purées de légumes, un bol alimentaire plus dur provoquant de la douleur à la déglutition.

Vendredi dernier il consulte un médecin qui lui conseille d'entrer à l'hôpital ; il se présente à Saint-Louis d'où M. Balzer l'envoie d'urgence dans le service.

Actuellement. — Le malade ne paraît pas trop dyspnéique (20 respirations à la minute). Mais il présente un tirage inspiratoire très marqué. Les inspirations sont longues et profondes. La voix est enrouée. Le malade expectore assez abondamment du muco-pus. On note encore du stridor inspiratoire ainsi que des mouvements d'ascension et de descente du larynx à la respiration.

Examen :

Bouche. — Abscès gingivo-dentaire au niveau de la 2^e grosse molaire inférieure gauche.

Pharynx. — La paroi postérieure présente, surtout du côté droit des points cicatriciels fibreux en étoile. On note la disparition complète du pilier postérieur du côté droit et la partie droite du bord libre du voile du palais est comme enlevée à l'emporte-pièce. La luette elle-même est diminuée de volume surtout au niveau de sa base.

Larynx. — Rougeur diffuse de toute la muqueuse laryngée ; au niveau des bandes ventriculaires et des cordes vocales, lesquelles sont peu mobiles. Sur la partie postérieure de la corde droite on voit un petit condylome.

Les cartilages arythénoïdes sont immobiles.

On détermine de la douleur à la pression extérieure de l'arythénoïde du côté droit.

Au point de vue général, la température se maintient entre 37°2 et 37°6.

Urines normales.

Le 30 mars, 3 jours après son entrée, M. Lemaître pratique une trachéotomie pour parer aux troubles respiratoires.

Le 2 avril on prélève du sang qui est examiné à l'Institut Pasteur. Le Wassermann est positif. Ce résultat confirme le diagnostic.

Le 11 avril on fait une injection de 0 gr. 25 cgr. de Salvarsan au niveau du pli du coude droit et gauche.

A la suite de cette injection, aucune élévation thermique, mais légère réaction inflammatoire.

Le malade sort le 21 avril ; on lui a retiré sa canule normalement sans que cela lui apporte aucune gêne.

Outre les cas où il faut agir rapidement, il faut envisager ceux où le malade ne bénéficie pas des traitements ordinaires.

Voici d'abord deux observations où le mercure aidé de l'iode n'a pu parvenir à enrayer la marche de la syphilis.

OBSERVATION XII

Gomme périostée du Cavum

Sérum examiné à l'Institut Pasteur. Wasserman positif

M. X..., âgé de 30 ans, vient consulter fin avril 1912, dans le service, pour des maux de gorge. Il est adressé par le Dr Bizard de Paris (*).

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance.

Chancre syphilitique de la verge il y a 7 ans, suivi de roséole et de plaques muqueuses. Le tout disparaît normalement sous l'effet du traitement mixte.

Maladie actuelle : Remonte au mois d'avril 1912. A ce moment le malade ressentit de simples maux de gorge auxquels il n'attacha d'abord pas d'importance. Cependant ceux-ci persistèrent, et, peu à peu, il ressentit d'abord de la difficulté à déglutir, de la gêne un peu douloureuse dans l'alimentation. Puis il observa de légers troubles de la respiration et aussi de la phonation. Il se décide à aller consulter en ville, d'où il est adressé dans le service.

Examen de la bouche : Rien de particulier. Les dents sont en bon état. Il n'y a pas de plaques de leucoplasie buccale ni linguale.

Voile du palais : Infiltration légère dans sa partie membra-

(*) Nous sommes heureux de remercier ici M. le Dr Bizard à l'obligeance de qui nous devons d'avoir pu relever cette observation.

neuse. Les piliers antérieurs et postérieurs sont rouge-foncé et un peu épaissis, mais cet épaississement englobe surtout la luette qui est augmentée de volume. Les amygdales ne sont pas hypertrophiées.

Examen du cavum. — On note sur la paroi postérieure du pharynx une grosse tuméfaction rouge cuivrée et fissurée par endroits, siégeant sur toute la partie droite, qui est entièrement recouverte par elle. Cette tuméfaction bombe en avant, vers le voile du palais qu'elle vient rejoindre, et retrécit notablement le jour de l'isthme du gosier. Cette tuméfaction gommeuse est dure au toucher. Elle se propage vers la ligne médiane par une infiltration qui se continue sur la partie gauche de la paroi postérieure du pharynx.

Examen des fosses nasales : Cloison et cornets normaux. Les choanes sont libres. L'infiltration paraît ne pas avoir gagné en hauteur dans le cavum.

Le Wasserman positif précise la nature syphilitique de cette gomme.

Le malade est traité en ville par la médication arsénicale. Il reçoit de mai à juillet, 5 injections consécutives de Salvarsan par la voie intra-veineuse.

Il va passer le mois d'août à la campagne. Là survient un exanthème prurigineux qui disparaît au bout de 8 jours.

Au point de vue de la gorge il commence à ressentir une amélioration bien marquée. Il revient au mois de septembre. A ce moment, il observe la disparition de tous les troubles dont il se plaignait. Seule la déglutition est encore légèrement difficile.

On lui fait 2 nouvelles injections de Salvarsan, à cause de la persistance d'un reliquat d'infiltration de la partie droite du cavum, et de l'épaississement durable de la luette.

Nous revoyons le malade dans le service, dans les derniers jours d'octobre. La luvette toujours épaisse a diminué cependant de volume. L'infiltration du cavum a disparu en grande partie. Il ne reste en effet qu'une légère tuméfaction à la partie inférieure et droite du cavum.

OBSERVATION XIII

Gomme sous-glottique

M^{me} M., entre en salle dans le service, le 13 septembre 1912.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Il y a 2 ans environ la malade a été soignée pour ulcérations du voile du palais, qui ont abouti à la destruction de la luvette.

On constate, en outre, des cicatrices irrégulières de la luvette. En même temps elle avait une ulcération de la paupière inférieure droite. Le tout disparut assez rapidement, sous l'influence du traitement mercuriel.

Histoire de la maladie. — Depuis 6 semaines environ, enrouement progressif.

Depuis 15 jours, gêne respiratoire qui augmente malgré le traitement local.

Le 31 août, sur le diagnostic de laryngite syphilitique on commence le traitement à l'huile grise.

Malgré cela, le 4 septembre au matin, la malade est prise

d'une crise de dyspnée extrêmement violente, telle que, au moment où la trachéotomie a été pratiquée, elle était dans le coma asphyxique, visage violet, pouls à peine perceptible, respiration presque complètement arrêtée. Trachéotomie pratiquée en un temps. Ensuite de quoi on fait pendant quelques minutes la respiration artificielle à la malade qui revient rapidement à elle.

Les jours suivants, toux et expectoration, rapidement calmées.

Actuellement. — La malade est soumise au traitement mixte, iode de potassium et frictions mercurielles.

L'examen de son larynx montre une épiglote en très bon état, ainsi d'ailleurs que les bandes ventriculaires et les cordes vocales. L'articulation crico-arythénoïdienne est normale.

Cependant, dans l'espace sous-glottique on voit une grosse infiltration gommeuse, rouge qui obstrue la lumière laryngée en grande partie. Elle paraît faire tout le tour de la paroi mais est surtout accusée à gauche.

Sous l'effet du traitement mixte, on ne note pas de diminution de la masse gommeuse. Si bien que la malade sort de l'hôpital le 28 septembre sans qu'il soit encore possible de la décanuler.

7 novembre 1912. — La malade rentre en salle, car malgré son traitement continu, elle a été contrainte de garder sa canule. A l'examen la masse rouge sous-glottique persiste en volume toujours égal.

12 novembre 1912. — L'infiltration gommeuse ne rétrocedant pas, nous faisons à la malade une injection intra-veineuse de 0 gr. 45 cgr. de Néo-Salvarsan. Réaction thermique le soir.

13 novembre. — La réaction thermique disparut. Nous exa-

minons la gomme qui n'a subi aucune modification de volume. Toutefois l'infiltration toujours aussi grande à gauche, semble diminuer sur les autres côtés de la paroi. L'infiltration de voisinage a nettement diminué.

14 novembre. — L'infiltration a nettement tendance à régresser. La masse gommeuse, particulièrement importante sur la partie gauche, paraît légèrement diminuée de ce côté-là.

La malade n'étant qu'au début de son traitement nous ne pouvons terminer cette observation. Toutefois il nous est permis d'espérer, grâce à la promptitude de la régression de l'infiltration, qui jamais jusque là n'avait diminué, qu'on aura un résultat favorable et qu'on pourra enfin arriver à la décanuler.

Voyons un peu ce que disent les auteurs à ce sujet.

GERBA injecte avec succès du Salvarsan en 10 cas de syphilis du pharynx qui n'avaient reçu aucun bénéfice du traitement mercuriel et iodé.

BIEHL injecte dans les mêmes conditions du Salvarsan à un soldat atteint de gomme du nez et du Larynx. Ces accidents qui étaient rebelles aux autres traitements ont cédé avec une rapidité prodigieuse à la médication arsénicale. Il allait bien mieux en effet, 5 jours après l'injection et put reprendre son service 3 semaines seulement après.

Cette dernière observation doit retenir notre attention. De même, le malade de V. ZEISSL atteint de gommes du nez, des lèvres et de la langue voit ces

accidents disparaître en 3 semaines après l'injection de Salvarsan alors que le mercure et l'iode avaient été inefficaces.

D'autres fois, l'échec du mercure semble devoir être plutôt impliqué à son défaut de pouvoir cicatrisant. Les gommes ulcérautes du nez et de la voûte palatine, quand elles donnent lieu à de vastes perforations ne subissent pas en effet une cicatrisation assez rapide, ainsi que nous l'avons vu.

Les trois observations suivantes entrent dans ce cadre. Elles ont trait, en effet, toutes les trois, à des cas où la perte de substance a été relativement considérable.

OBSERVATION XIV

M. R. H., 30 ans, afficheur, entre à l'hôpital parce qu'il est dans l'impossibilité absolue de causer autrement qu'à voix chuchotée.

Antécédents héréditaires. — Parents morts jeunes.

Antécédents personnels. — Rien de particulier jusqu'à l'âge de 21 ans. A ce moment, étant au régiment, il a un chancre syphilitique de la verge. Il est mis aussitôt aux piqures mercurielles tous les deux jours. Il n'y a pas eu d'accidents secondaires. Depuis ce temps il n'a plus suivi aucun traitement.

Maladie actuelle. — A débuté il y a 8 mois par de simples sensations de cuisson et de picotements dans la gorge. Mais deux mois après commencent à apparaître des phénomènes

qui sont allés depuis en augmentant. C'est au point de vue général de l'affaiblissement, de l'inappétence et de l'amaigrissement. Sa voix subit aussi des modifications, « elle se fatigue vite ». Les gargarismes et les inhalations n'apportent aucune modification heureuse ; et, il y a un mois et demi, sa voix s'est éteinte progressivement, il est aphone. Son état général est si mauvais qu'il est contraint d'abandonner tout travail et d'entrer à l'hôpital, à Rennes, où il se trouvait alors. En particulier il se nourrissait mal, parce qu'en plus de l'inappétence, il éprouvait une difficulté mécanique assez marquée pour avaler liquides et solides. Il subit une série de 10 piqûres et reste en tout un mois dans cet hospice. Seule la gêne dans l'ingestion a subi une modification favorable.

Il revient à Paris il y a 15 jours, et, à nouveau, il a de la difficulté à s'alimenter,

Il vient alors consulter dans le service où on le fait entrer en salle.

Actuellement. — Le malade respire bien. Il se plaint de ne pouvoir avaler que des liquides, les solides passant avec beaucoup de difficulté.

Il expectore en abondance du mucus.

Enfin il est très affaibli, parce qu'il s'alimente mal.

L'examen général montre des réflexes normaux. Toutefois, il paraît y avoir un léger signe d'Argyll-Robertson. Légère température 37°5, traces d'albumine dans les urines.

Examen du cou. — Larynx mobile à la palpation. Ganglions bilatéraux, sous-sterno-cléïdo-mastoïdiens. En particulier à gauche et profondément, se trouve un gros ganglion, indolent, roulant sous le doigt.

Examen de la bouche. — Pas de stigmates dentaires. Pas de leucoplasie.

Le voile du palais est également indemne.

Examen du pharynx. — Infiltration rouge-foncé, disséminée sur toute la partie postérieure du pharynx.

Examen du larynx. — Assez difficile à pratiquer à cause de l'abondance du muco-pus. L'épiglotte est presque entièrement détruite, et sa base est considérablement infiltrée et d'une coloration vineuse. L'ulcération gagne le ventricule droit. Quant au ventricule gauche il est très épaissi. La corde vocale droite est rosée et un peu ulcérée à la partie antérieure de son bord libre. La corde vocale gauche est intacte. Toutes deux sont mobiles.

Le 28 octobre, nous faisons au malade une injection intraveineuse de 0 gr. 45 cgr. de néo-Salvarsan. Réaction thermique le lendemain (39°) qui cède dès le surlendemain.

Le 4 novembre, deuxième injection de 0 gr. 60 cgr, sans aucune réaction.

Le malade s'alimente très bien actuellement. Son aphonie persiste néanmoins. Son état général est bien meilleur.

Un nouvel examen de son larynx montre la disparition en grande partie, de l'exsudat muco-purulent. La cicatrisation de l'épiglotte se fait très lentement.

L'infiltration ventriculaire s'atténue sensiblement.

Le malade est toujours en cours de traitement.

OBSERVATION XV

M. T. H. . . , 26 ans, cocher, vient consulter le 27 août 1912, dans le service, principalement parce qu'il éprouve de la difficulté à s'alimenter.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : Chancre syphilitique du gland il y a 6 ans, avec adénopathie inguinale. Traité par les pilules de Dupuytren.

Histoire de la maladie. — Début il y a 3 ans par ozène et douleurs au niveau des os propres du nez. Traitement antiseptique banal. Persistance de ces phénomènes dont le malade ne se préoccupe pas. Peu à peu, il commence à moucher du pus, avec une abondance de plus en plus grande. Tous ces troubles n'ont fait que s'accroître, avec en plus élimination de petits débris osseux, sans que le malade, négligent, aille consulter. Entre temps il observe un commencement d'affaiblissement du nez au niveau des os propres. Enfin il y a un an, le malade, à l'occasion de la respiration, sent l'air passer directement de la bouche dans le nez, il observe lui-même une perforation de la voûte palatine, et se décide à aller consulter à Saint-Louis.

On lui fait d'abord, dans cet hôpital, 40 injections de bi-iodure en deux séries. La perforation, loin de s'arrêter, ne fait que grandir. On lui injecte alors, d'abord 0 gr. 30 cgr., puis 0 gr. 45 cgr. puis 0 gr. 60 cgr. de « 606 » et dans l'intervalle du bi-iodure.

Malgré l'amélioration notée, le malade cesse tout traitement à partir du mois d'octobre dernier, pour des raisons d'ordre personnel. Et depuis ce même mois d'octobre, il ne suit plus aucun traitement.

Actuellement. — Le malade vient consulter dans le service, se plaignant de violentes douleurs au niveau des os propres du nez, de la difficulté qu'il éprouve à s'alimenter, les liquides en particulier revenant par le nez. Sa voix est extrêmement

nasonnée au point qu'il est difficile de le comprendre. Enfin son haleine est très fétide.

Examen du nez. — On note que le nez est déformé en pied de marmite, les os propres effondrés, les narines évasées au dehors. La peau est rouge foncée et ne peut être mobilisée au-dessus des plans sous-jacents. La palpation est douloureuse.

En introduisant le spéculum dans les fosses nasales on découvre une vaste perforation de la cloison qui est détruite dans sa moitié supérieure. La sous-cloison est respectée. Au niveau des cornets moyens on ne voit qu'une masse gommeuse purulente obstruant à peu près complètement les orifices postérieurs. Dans le plancher de la fosse nasale droite, une perforation, faisant communiquer celle-ci avec la voûte palatine.

L'examen de la voûte palatine montre une perforation de la grandeur d'une pièce de deux francs siégeant au niveau de la partie antérieure du tiers antérieur de la voûte et à droite du sillon médian, mais empiétant sur ce sillon. La muqueuse du voile est rouge cuivré, surtout dans la partie osseuse. La partie ligamenteuse du voile est très peu infiltrée. Il n'existe pas de lésion à ce niveau.

Rien de particulier à l'examen général.

Pas d'albumine dans les urines.

Wassermann positif.

Le 2 septembre, nous lui faisons une injection intra-veineuse de 0 gr. 40 de Salvarsan. Le malade supporte très bien cette injection sans aucune réaction. Le 9 septembre nouvelle injection de 0 gr. 60, suivie d'une troisième de 0 gr. 60 le 18.

Le lundi, 30 septembre, le malade revient à la consultation.

Il respire beaucoup plus facilement par le nez. Il a aussi plus de facilité à s'alimenter et à déglutir.

L'examen de la voûte palatine montre une cicatrisation assez active qui se forme au niveau de la perforation qui est retrécie notablement. L'infiltration de la muqueuse a en grande partie disparu.

L'ulcération de la cloison persiste. Quant aux os propres ils sont un peu moins douloureux qu'auparavant. Néanmoins l'infiltration de la peau à ce niveau persiste entièrement et paraît rebelle. Nouvelle et 4^e injection de 0 gr. 60 de Salvarsan.

Nous voyons le malade le 25 octobre. La perforation palatine est entièrement comblée. La périostite nasale persiste toujours mais avec moins d'intensité.

Nous n'avons pas terminé cette observation, le malade étant encore en cours de traitement.

OBSERVATION XVI

Ethmoïdite syphilitique avec séquestre de l'angle interne de l'œil droit.

Mme C. C. . . , 40 ans, marinière entre dans le service pour troubles du côté du nez.

Antécédents héréditaires. — Parents décédés.

Antécédents personnels. — Rien à signaler jusqu'à il y a 4 ans. Douleurs au niveau de l'œil droit alors qu'elle était en-

ceinte de 3 mois. En même temps, son œil a enflé. Elle reste ainsi 2 ans sans consulter. La vue était conservée. Il y a 18 mois écoulements lacrymaux à droite. Adressée à M. Proust, celui-ci lui enlève un séquestre au niveau de la caroncule interne, mais après lui avoir institué un traitement mercuriel, intra-musculaire.

Sortie de l'hôpital, son œil continue à couler et la vue baisse rapidement.

Il y a 1 mois et demie elle entre à Lariboisière dans le service de M. le Docteur Morax, où on lui fait des instillations et des applications de compresses chaudes. Mais, comme elle a des écoulements purulents par le nez, elle est adressée dans le service.

Examen. — La commissure interne n'existe plus. Au niveau de l'angle interne de l'œil droit se trouve une plaie bourgeonnante, assez profonde, qui débarrassée des saniosités grisâtres qui la recouvre, apparaît de couleur rouge lie de vin. Le stylet introduit assez profondément rencontre un séquestre.

Par la voie nasale, écoulements très abondants, muco-purulents. Le stylet touche des surfaces osseuses dénudées. Odeur fétide assez caractéristique. On prélève du sang que l'on fait examiner à l'institut Pasteur. Wassermann positif.

1^{er} Juillet. 0 gr. 40 cgr. Salvarsan.

Légère réaction thermique qui disparaît dès le lendemain.

Opération le 29 août.

La malade sort du service dans les premiers jours d'octobre. Elle n'a plus d'écoulements par le nez, ni par son conduit lacrymal, plus de séquestres, enfin elle respire très bien par le nez. Elle va en ophtalmologie pour se faire faire un appareil de prothèse, dans la cavité orbitaire droite d'où on a dû faire l'énucléation de l'œil.

Il nous a semblé dans quelques-unes de nos observations, que l'arséno-benzol, donnait des résultats plus satisfaisants et aussi plus rapides qu'il ne le fait habituellement.

C'est ainsi que, particulièrement dans les deux cas cités plus haut, l'un se rapportant à une ethmoïdite syphilitique, l'autre à des perforations de la cloison et du voile, les malades qui n'avaient pas paru bénéficier du traitement mercuriel, ont vu leurs lésions rétrocéder assez rapidement, dès qu'on leur a fait subir la médication arsénicale.

Parmi les publications d'auteurs que nous avons lues, une pareille coïncidence est à noter, en particulier dans ces deux cas :

« BIEHL observa un soldat avec syphilis tertiaire du nez et du larynx, qui n'avait pas cédé au mercure, mais, eût une grande amélioration 5 jours après l'injection de Salvarsan ».

« M. ZEISSL communiqua à la Société des médecins de Vienne, le cas suivant : un malade ayant contracté la syphilis en 1905, dut être traité d'une façon ininterrompue, à cause des manifestations syphilitiques. En dernier lieu, il présentait des gommes du nez, des lèvres et de la langue, qui guérèrent en trois semaines, après une injection de Salvarsan ».

Est-ce la médication mercurielle qui donne à ce moment son maximum d'effet. Pourrait-on, au contraire, émettre l'hypothèse que l'arséno-benzol venant au secours du mercure, formerait avec lui dans l'organisme

un composé plus puissant que chacun de ces médicaments pris séparément ?

Sans conclure sur cette coïncidence, elle ne nous en a pas moins paru intéressante.

Quoiqu'il en soit, l'arséno-benzol nous parait indiqué dans certains cas, exceptionnels il est vrai, de la spécialité.

L'oto-rhino-laryngologiste, précisément parce qu'il est au courant de certains méfaits qui semblent imputables à cette médication, saura tenir compte de ses contr'indications en général, et particulièrement de celles se rapportant à l'appareil auditif.

Si celui-ci, sans présenter de lésion bien déterminée, paraît seulement en état de moindre résistance, il est préférable d'éviter l'arséno-benzol qui pourrait réveiller ces lésions et entraîner des troubles auriculaires définitifs.

CONCLUSIONS

I

L'arséno-benzol qui est très discuté au point de vue des bénéfices que l'on peut retirer de son emploi dans les affections syphilitiques en général, l'est plus particulièrement pour les manifestations syphilitiques observées en oto-rhino-laryngologie, où la question semble encore pendante.

II

En otologie, le spécialiste traite rarement des lésions d'ordre syphilitique. Les renseignements pris dans le service auprès de nos maîtres et la lecture des auteurs, nous montrent leur peu de fréquence avant l'époque de l'emploi de la médication d'Ehrlich.

Par contre, on voit des accidents qui sont survenus à la suite, sinon à cause des injections d'arséno-benzol. Ces accidents sont de deux sortes :

1° Les uns sont définitifs et constituent une complication grave.

2° Les autres ne sont que passagers et cèdent au traitement antisypilitique quel qu'il soit : benzoate, biiodure, etc, ou une nouvelle injection de Salvarsan.

Nous pensons que la pathogénie de ces cas doit parfois consister dans des phénomènes d'obstruction tubaire, qui n'échappent pas au spécialiste ; d'autres fois on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une réaction analogue à celle de Herxheimer, au niveau de la peau et des muqueuses, et se produisant là où il y a un dépôt de spirochètes ou d'autres manifestations syphilitiques. Nous nous contentons d'ailleurs d'émettre, à la suite de certains auteurs, cette hypothèse qui peut avoir beaucoup de vraisemblance.

III

En rhino-laryngologie on observe des accidents de deux sortes :

Les uns, de beaucoup les plus fréquents, guérissent par le traitement antisypilitique classique. Le traitement mixte, mercure et iodure de potassium suffit bien souvent, réserve faite par les affections laryngées, où l'iodure peut offrir quelque danger. Les injections intramusculaires ou intra-veineuses de benzoate, bi-iodure, etc., donnent de bons résultats.

Les autres accidents beaucoup plus rares mais aussi plus graves, sont influencés trop lentement, parfois même ne sont pas du tout influencés par ces traitements.

Dans ces cas là, l'arséno-benzol est employé avantageusement.

IV

En résumé l'oto-rhino-laryngologiste continuera à utiliser couramment dans sa pratique, le traitement antisyphilitique classique qui donne dans la majorité des cas, des résultats favorables.

Il le fera d'autant plus qu'il a appris à redouter l'arséno-benzol, en constatant particulièrement les complications auriculaires apparues à la suite de son emploi.

Cependant il lui faudra avoir recours à lui dans certains cas, tout à fait exceptionnels il est vrai, où il peut donner des résultats inespérés, soit qu'il faille aller très vite (gommes du voile près de fondre, menace d'ankylose dans l'arthrite crico-arythénoïdienne) soit que les autres médications aient été inefficaces, dans des cas tels que les ethmoïdites syphilitiques ou certaines gommes périostées du cavum.

Son emploi consécutivement à celui du mercure, trouvera d'autant plus son indication, qu'il semble ressortir de certaines observations, que l'arséno-benzol injecté chez des sujets primitivement traités au mercure, a paru donner ses plus grands effets dans le sens favorable.

On pourrait penser qu'il se constituerait dans ces derniers cas, dans l'organisme un produit mixte tenant de

l'arsenic et du mercure et beaucoup plus actif que chacun d'eux.

Vu : Le Président de Thèse,

LETULLE.

Vu le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'Imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

BARIL. — Etude sur les rapports cliniques du « 606 » avec l'oreille interne (Rev. heb. de laryng., Paris, 1912, VII, 212-222).

BECK. — (*Annales des maladies de l'oreille, etc...* 6^e livraison 1911) p. 626. Société autrich. d'oc.-28 nov. 1910. Lésion du labyrinthe dues à l'injection du « 606 », chez 2 malades avec oreilles entièrement saines.

— Affections de l'appareil vestibulaire dues au « 606 ».

— Deux cas de syphilis héréditaire traités par le Salvarsan.

— (*Arch. interne O R L. Mai-Juin 1911*) Surdité labyrinthique avec symptôme de Ménière, traitée par le « 606 », 3 cas présentés.

— (*Arch. interne O. R. L. 1910.*) Soc. aut.

d'otologie. Séance du 31 oct. 1910. Compte rendu par Lautmann, d'après Monats. ch. f. orenheilt. n° 11, 1910. Suppression de la fonction du nerf vestibulaire à la suite d'une injection de « 606 ».

BERTRAN. — (*Arch. interne O. R. L. 1911*) Sve O R L de Madrid, 24 février 1911 (*Résumé in Annales*). Action locale du « 606 ».

BÉRTRAN (F). — Accion local del « 606 » en O. R. L. (*Revue clinique de Madrid* 1911, v. 241-248.)

— (Action du « 606 » en oto-rhino-laryngologie). (*Soc. oto-rhino-laryng. Madrid*, 27 Mars 1911).

BECK. — Recherches expérimentales sur le Salvarsan. (*Munch. méd. Wchnschr.*, 1912, n° 1.)

BICHOL. — (Gomme du cavum traitée par le Salvarsan). (*Wien-Klin-Wchuschr*, 1910 p. 1826).

BILIANCIONI. — (*Arch. interne O. R. L.*, sept.-oct. 1911), (*Soc. Lancis. hôp. de Rome*, 1 et 5 juillet 1911). (Emploi du Salvars. en prat. O.-R.-L.)

BIANCO (A). — (*Pratica d. Med.*, Napoli, 1910-11, XI, 361,400 : 1911-12, XII — 1 ; 46 ; 75 ; 98 ; 161.) La sifilide dell orecchio esterno, medio ed interne ; Sua storia, patogenesi et therapia.)

BLOCH (M). — (*Bull. de laryng : oto et rhinol*). Paris 1911, XIV, 303-309.

BOKAY. — Die Heilwirkung des Salvarsans bei Lucs des Kindesalters (rhinites). (*Wien. Klin. Wihnschon*, 1911, p. 583).

- BOTELLA (E). — (*Bol. de laryng. otol y rinol.*) Madrid, 1911 XI, 209-215.
- BRAUN. — Surdité labyrinthique et « 606 ». (*Arch. intern. O. R. L.*) Mai-Juin 1911, p. 903.
- BROCO. — Traitement de la syphilis bucco-pharyngée par le Salvarsan. (*Bull. Soc. franç. de dermat.*) Paris, 1910, p. 227, 188 ; 306 ; 263 ; 397.
- BUYS. — (*Arch. intern. O. P. L.*) Mai-Juin, 1911. Séance du 7 avril 1911.
- CANESTRO. — Le « 606 » et la syphilis du cavum. (*Soc. ital. de laryng. os et rhin.*) Roma 26-28 octobre 1911.
- CHARNABACHOVSKI. — Ulcération syphilitique de l'amygdale guérie par le Salvarsan). (*Ann. d. mal.   l'oreille, Paris, 1911, n  3, p. 269.*)
- CHEATTE. — (*Arch. ind. O.-R.-L.*, 1910). (*Soc. royale de méd. de Londres, 21 octobre 1910.*) La syphilis en O.-R.-L.).
- COSTINIU. — Gomme du nez et Salvarsan. (*Soc. d'Otol-rhin-laryng de Roumanie, Bucarest, 10 janvier 1912*).
- EMERY. — (Clinique, Paris 1911.)
- FABRY. — Zur Behandlung der tertiaren syphilis méd. Salvarsan. [Pharynx]. (*M diz. Rhinda, 1910, p. 1973.*)
- FAQUHARSON (J. M.). — (*Soc. Laryngol. Londres 1912, XXVII. 108*).
- FÉLIX. — L'emploi du Salvarsan en oto-rhino-laryngo.

- (*Ann. de mal. de l'oreille, du larynx, etc.* Paris, 1911, XXXVII, 653-679).
- FINGER. — Die Behandlung der syphilis mit arsenoben-
zol (pharyngite J., *Wien-Klin-Wchuschr*, 1910,
p. 1667).
- *Arch. intern. O.-R.-L.*, mai-juin 1911).
- FOVOLER E.-P. — Am J. dermat et jenito-urino Dis,
Saint-Louis, XVI, 194-196).
- GAUCHER. — Gourgerot et Briecourt. (*Bull. soc. franç. de
dermat. et de syphiligraphie*, Paris, 1911, XXII
423).
- GEREDA. — (*Arch. intern. O.-R.-L.* 1911). 27 janvier
1911. Résultats du « 606 » dans la clinique de
l'auteur.
- (*Arch. intern. O.-R.-L.* 1911). 15 cas traités par
le « 606 ».
- GOURVITCH. — Syphilis de la langue et de l'amygdale,
traitée par le Salvarsan. (*Ann. des mal. de
l'oreille*. Paris, 1911, n° 3, p. 268).
- GOLDSTEIN. — Récidive dans un cas de syphilis des 1^{es}
voies respiratoires traitée par le Salvarsan.
(*Centralbl. f. Laryngol.* 1911, p. 158).
- GUISEZ. — Labyrinthe après Salvarsan. (*Soc. panneum
de laryngol. etc.* Paris, 11 mars 1912).
- HARKE. — Surdité labyrinthique avec symptômes de
de Ménière.
- HALLE. — Gomme de la trachée guérie en 14 jours par
le Salvarsan. (*Centralbl. f. laryngol.*, Berlin,
1911, 80).

- HEZFELD. — (*Arch. inter. O.-R.-L.*, 1910). Congrès de Berlin, août 1910. « Sur l'emploi du Salvarsan en rhino-laryngologie ».
- HINTZE K. — (*Kasnistischer Beileag. Müunchen méd. Wchuschr.*, 1911, VIII, 1185).
- HOLSCHER. — Guérison d'un cas de rhinosclerome par le Salvarsan. (*Arch. f. laryngol.*, Berlin, 1912, vol. 25, 3 lieft).
- HUMBERT. — Le Salvarsan et le nerf acoustique. *Bull. de laryngol.*, Madrid, sept. 1911, XIII).
- JERVEY J.-W. -- Syphilitic hypertrophie of the inferior turbinates with report of a case.
- IVASHENTSOFF et LANGE. — Traitement de la syphilis buccale du pharynx et du larynx par l'arsenobenzol. (*Rhinerg. Arla. Velyaminova*, St-Pétersb., 1911 XXVII, 908-912).
- KAHLER. — Gomme du pharynx traitée par le « 606 ». (*Soc. Viennoise de laryngol*, 7 décembre 1910).
- KOHAN (L. N.). — (*Yerhemiez-Ushn-gorlov. i. nosov Bohezn*, St-Pétersb. 1911, VI 515 — 521.) « On the influence of Salvarsan repose larmurmurs of syphilitic origin ».
- LEREDDE. — Gomme du palais ; effondrement de la voûte palatine ; guérison par le Salvarsan (*Bull. Soc. franç. de dermat.*, Paris, 1911-421-423).
- MANCIOLI. — Le « 606 » en oto-rhino-laryngologie (*XIV^e Congr. Soc. ital. d. laryngol. etc.*, Roma 26-28 oct. 1911).
- (*Archives internationales d'O.-R.-L.* 1911.)

- Soc. Lancisienne des hôpitaux de Rome*, 1 et 5 juillet 1911) 2 cas de sinusite fronto-maxillaire de nature syphilitique, guéris par le « 606 ».
- MAYER (O). — (*Arch. intern. O.-R.-L.*, Paris 1911, XXXI, 771-781).
- MERMOD. — Quelques nouveautés en spécialité oto-rhino-laryngologique [Salvarsan]. (*Soc. vaudoise de Méd.*, Bâle. 23 nov. 1911).
- MILIAN. — Le « 606 » et les troubles de l'ouïe (*Bullet. et mém. Soc. med. des hôp.*) Paris, 1912, 3. 0., XXXIII, 326-341).
- MOELLER. — Surdité labyrinthique et « 606 » (*Arch. int. O. R. L.*) p. 910.
- NEUMANN. — (*Annales des maladies de l'oreille*, etc., 6^e livraison, 1911). « Syphilis de l'oreille interne ».
- O'KUNEFF. — (*Arch. intern. O. R. L.*, sept.-oct. 1911). Soc. Oto. L. de Saint-Pétersbourg, 19 novembre 1910. « Un cas d'otite interne d'origine syphilitique, traitée par le « 606 ».
- PEVZNER. — Salvarsan et syphilis du labyrinthe. (*Soc. oto-laryngo de Saint-Pétersbourg*, 4 novemb. 1911).
- PELTESOHN (F). — (*Berl. Klin. Wehnschr.*) 1911, LVIII, 619-624.
- PICARD. — Labyrinthite syphilitique double après traitement par le 606. (*Soc. méd. des hôp.*, Paris, 22 mars 1912.
- PIOLTI. — Du traitement par le Salvarsan de certaines

manifestations syphilitiques, ressortissant à l'oto-rhino-laryngologie (XIV^e congrès de la Soc. ital. de lar. d'otol., etc, Roma, 26-28 oct. 1911).

PLANT. — Demonstration, Zweier Fälle von stomatis ulcero-membranosa mit Salvarsan geheilt. (*Munch. med. Wochenschrift*, 1911, LVIII, 2708).

RETHY. — Perforation syphilitique de la voûte palatine, guérie par le Salvarsan. (*Soc. vienn. laryng.*, 7 décembre 1910).

SAFRANECK. — Ehrlichs Hatas Arseno-benzol bei syphilitischen Erleranungen in den Oberen Luftwegen, (*Ghchr. f. Larynx*, 1911, III, p. 503).

SHARP. — Gomme de l'antre d'Higmore, traitée par le « 606 ». (*Soc. méd. chirurg. de Leeds et West. Riding*, 10 nov. 1911).

SEECMAN (S). — (M. J. etc., 1911 XCIV, 1233-1235). Relation of Salvarsan to the ear. M. Jork.

STOUT (G. C.). — Syphilis of the larynx. (*Tr. Ann. L. R. et O., Soc. N. Y.*, 1911. XVII, 465-468).

SULZER (etc). — Accidents oculaires auditifs et méningés chez une malade traitée par le Salvarsan. (*Bull. soc. franç. de dermat.*, Paris 1911, XXII, 404).

SICARD. — Labyrinthites et « 606 » (*Bull. et mém. Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1912, 3, XXXIII, 341).

SELLEIR. — Sur quelques effets secondaires du Salvar-

san. (*Münch. Mediz. Wochenschrift*, n° 7, 1911).

URACHEFF. — Gomme du naso-pharynx, traitée par le Salvarsan. (*Voyenno méd. y., St-Pétersbourg*, 1911, XXXII, med. spéc. pt. 116-119).

VALENTIN. — Salvarsan und Akusticus (*Internal. Zentralbl. f. ohrenh., Leipz.*, 1911, IX, 489).

VILARDOSA LLUBES. — Un caso de sífilis naso-faríngeo grave curado con el arsenobenzol. (*Rev. barcel. de enpenn. de oído, etc.*, Barcel., 1911, VII, 93).

VILTCHOW (A). — Syphilis du larynx, traitée par le « 606 ». (*Soc. O. R. L., Saint-Pétersb. Séance* 29 oct. 1910. (*In arch. intern. O. R. L.*, sept.-oct. 1911, p. 573).

WINSLOW. — Salvarsan en oto-rhino-laryg. (*Centralbl. f. Laryng.*, 1911, p. 53).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	13
Chapitre I : <i>Historique</i>	17
Chapitre II : <i>L'Arseno-benzol en otologie</i>	21
Chapitre III : <i>Trailement antisypilitique clas- sique en oto-rhino-laryngologie</i>	33
Chapitre IV : <i>Trailement par l'arséno-benzol de certaines affections rhino-laryngologiques</i>	51
CONCLUSIONS.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	83

Imprimerie spéciale de la Librairie OLLIER-HENRY
26, rue Monsieur-le-Prince. — Paris, VI^e

